



PROGRAMME  
ENSEIGNANTS-  
ENTREPRISES

---

# AIR LIQUIDE

ETUDE DE CAS VERSION PROFESSEUR





**PROGRAMME  
ENSEIGNANTS-  
ENTREPRISES**

**Cette étude de cas a été réalisée par :**

**Philippe Deubel**, Inspecteur académique – Inspecteur Pédagogique régional de SES (académie de Lille)

**Sandrine Verdière**, Inspecteur académique – Inspecteur Pédagogique régional de SES (académie de Grenoble)

# INTRODUCTION

Air Liquide est un groupe industriel français d'envergure internationale, leader mondial des gaz, technologies et services pour l'industrie de la santé. Présent dans 80 pays avec environ 66 000 collaborateurs, le Groupe sert plus de 3,6 millions de clients et de patients. En 2018, son chiffre d'affaires s'est élevé à 21 milliards d'euros et son résultat net est de 2 113 millions d'euros. L'activité "gaz et services" du groupe se ventile en quatre branches, à savoir la grande industrie avec un chiffre d'affaires de 5 685 millions d'euros (proposition de solutions gaz et énergie indispensables à la production industrielle dans le secteur de la métallurgie, de la chimie, du raffinage et de l'énergie), la branche industriel marchand avec un chiffre d'affaires de 9 181 millions d'euros (offre de solutions gaz complètes pour mettre en œuvre et optimiser les procédés industriels d'artisans, de PME, de groupes industriels internationaux), la branche santé avec un chiffre d'affaires de 3 486 millions d'euros (fourniture de gaz et de produits médicaux, mais aussi de services qui accompagnent les patients tout au long de leur parcours de soins, de l'hôpital au domicile), et la branche électronique avec un chiffre d'affaires de 1 755 millions d'euros (apport de solutions innovantes aux marchés des semi-conducteurs, des écrans plans et du photovoltaïque).

En ce qui concerne plus précisément la branche santé, *Air Liquide Healthcare* sert 15 000 hôpitaux et cliniques en leur fournissant des gaz médicaux (dont l'oxygène médical pour les pathologies respiratoires et les soins intensifs), prend en charge 1 600 000 patients à domicile atteints de maladies chroniques (broncho-pneumopathie chronique obstructive, diabète, hypertension artérielle pulmonaire, maladie de Parkinson) et emploie 16 500 collaborateurs dans le monde. L'activité santé d'Air Liquide se décompose en fourniture de gaz médicaux à l'hôpital ou en ville (35 % du chiffre d'affaires), santé à domicile (46 % du chiffre d'affaires), hygiène (10 % du chiffre d'affaires : avec sa filiale Schülke, Air Liquide est le leader de la désinfection hospitalière, ce qui permet de combattre les infections et les pandémies), et ingrédients de spécialité (9 % du chiffre d'affaires : à travers sa filiale Seppic, Air Liquide développe des adjuvants de vaccins, des systèmes de pelliculage pour l'industrie pharmaceutique, des ingrédients pour le marché de la cosmétologie,...). Air Liquide Healthcare a pour mission de fournir à ses clients, tout au long du parcours de soins, de l'hôpital au domicile, des produits médicaux, des ingrédients de spécialité santé et des services qui contribuent à protéger les vies vulnérables.

Dans un contexte d'augmentation des dépenses de santé qui s'explique notamment par le vieillissement de la population et l'augmentation de certaines maladies chroniques comme les maladies respiratoires et le diabète, *Air Liquide Healthcare* propose d'élaborer des solutions innovantes pour répondre aux grands enjeux de santé et de société, qui consistent pour l'essentiel à éviter l'hospitalisation en développant une offre de soins à domicile. En complément du suivi à domicile par des techniciens et des infirmiers, se développent des solutions qui s'appuient sur les nouvelles technologies. En effet, celles-ci permettent maintenant de mettre en place des pratiques médicales nouvelles qui sont transformées par la télémédecine, et également d'obtenir une implication plus forte des patients grâce au digital.

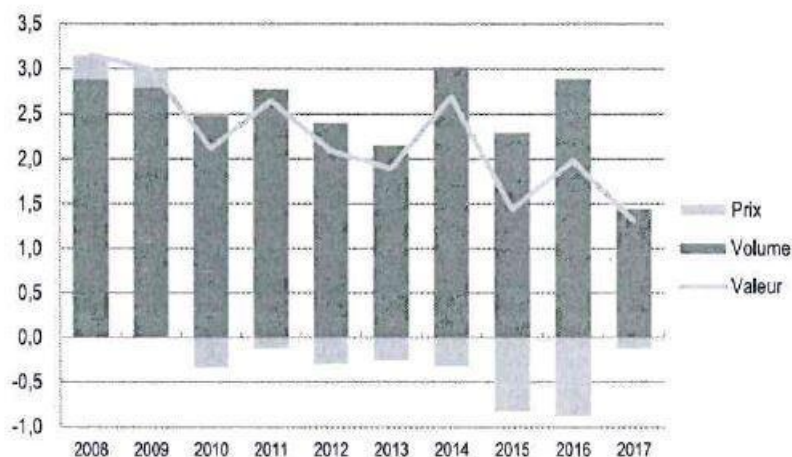
# I/LA SANTE CHANGE

## A- La progression des dépenses de santé

Les dépenses de santé ne cessent de progresser. En France, en 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 199,3 milliards d'euros, soit environ 2 977 euros par habitant, et 8,7% du PIB. Si on ajoute à la CSBM les dépenses de soins de longue durée et les subventions au système de soins, on obtient la dépense de santé au sens international (DCSi), qui s'élève à 11,5 % du PIB en 2016.

Il est à noter cependant que la progression annuelle de la CSBM est orientée sur les dernières années à la baisse, passant de 3,2 % en 2008 à 1,3 % en 2017. Ce ralentissement de la progression de la CSBM est dû à la fois à la baisse du prix de la santé (notamment sur le prix des médicaments), et à la modération de la consommation en valeur, particulièrement nette sur les soins hospitaliers.

Partage de l'évolution de la CSBM en valeur



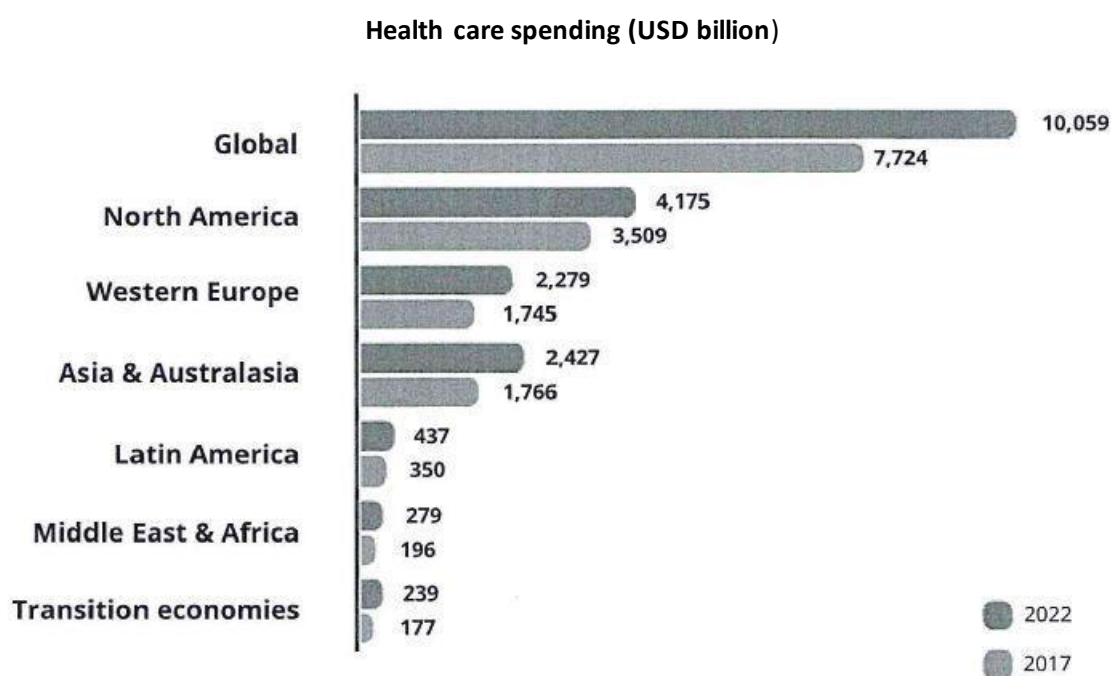
Source : DREES, Les dépenses de santé en 2017, édition 2018, p 11.

Sur le long terme, l'augmentation constante des dépenses s'explique à la fois par des facteurs qui tiennent à la fois à l'offre et à la demande de soins. Du côté de la demande, si les dépenses de santé sont passées de 4 % du PIB en 1960 à un peu plus de 11 % aujourd'hui, cela ne s'explique pas à ce stade par le vieillissement de la population (qui n'a joué qu'un rôle mineur selon les experts de l'INSEE et de l'OCDE), mais par le fait que la population est de mieux en mieux couverte par une assurance maladie obligatoire, et également par l'augmentation de la richesse par habitant dans les pays développés qui fait progresser la demande pour les biens et services supérieurs dont la santé fait partie (effet revenu). Du côté de l'offre, le progrès médical a profondément modifié l'offre de soins. Le secteur de la santé est une industrie de croissance, fortement tirée par l'innovation technologique. La création d'un réseau d'hôpitaux dans les

années 1960-1970, l'arrivée des IRM et de la chirurgie endoscopique dans les années 2000, ont permis d'établir de meilleurs traitements, mais à un coût de plus en plus élevé.

Les projections disponibles ne permettent pas d'être optimistes sur l'avenir des dépenses de santé. Selon une étude du Trésor réalisée pour le compte du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), la CSBM devrait augmenter de 2,5 points de PIB entre 2011 et 2060, passant de 9 % à 11,5 % du PIB. Ce phénomène se retrouve au niveau mondial. Selon le rapport Deloitte 2019 (« *Global health care outlook. Shaping the future* »), les dépenses de santé vont connaître une augmentation de 5,4 % sur la période 2018-2022, augmentation qui est tout à fait considérable par rapport à l'augmentation observée sur la période 2013-2017 (2,9 %). Si le progrès technique joue évidemment un rôle dans cette évolution, le rapport Deloitte aussi bien que l'étude du Trésor insistent sur un nouvel élément à prendre en considération : le vieillissement de la population. L'arrivée des générations du baby-boom aux âges élevés entraîne mécaniquement une hausse de la croissance des dépenses de santé. Si on s'en tient au cas français, la part des 75 ans et plus dans la population atteindra 9,5 % en 2020, 12 % en 2030, 15 % en 2040, et 16 % en 2060.

L'augmentation des dépenses de santé ne rime cependant pas forcément avec la progression de la qualité des services rendus à la population. En effet, si on examine la projection des dépenses de santé à l'horizon 2022, on constate que les États-Unis arrivent largement en tête du classement.



Source : The Economic Intelligence Unit, Data Tool accessed on 16 August 2018, in Rapport Deloitte 2019, op. cit, p 7.

En projection, les dépenses de soins des États-Unis seront en 2022 deux fois plus élevées que celles de l'Europe de l'Ouest, 10 fois plus élevées qu'en Amérique Latine, et à peu près 20 fois plus élevées que sur le continent africain. Cependant, cette dépense élevée des États-Unis ne signifie pas pour autant que la population soit mieux soignée qu'ailleurs. En termes d'efficacité, d'équité, les États-Unis sont dans les dernières places du classement mondial. Ces données montrent bien que l'avenir des dépenses de santé n'est pas de toujours dépenser plus, mais de dépenser mieux en constituant une « communauté de santé intelligente » (Rapport Deloitte, op. cit, p 5).

## **B- Les transformations en cours dans le parcours de soins**

Parmi les axes à développer pour mettre en place cette « coordination des soins optimisée », la prestation de santé à domicile est un élément capital.

Jusqu'à présent, l'hôpital est une réalité incontournable, un symbole censé incarner la priorité affichée par les pouvoirs publics à la santé. Le slogan « Touche pas à mon hôpital » est d'ailleurs un élément de mobilisation très important pour les usagers quand on évoque une réforme du système de santé.

Or, il apparaît que la France dispose maintenant d'une infrastructure hospitalière surdimensionnée, comparée aux pays dont le développement économique est analogue. Cela s'explique par de nombreuses raisons, notamment le fait que la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital n'est pas assez organisée en France, et aussi le fait que les structures hospitalières accueillent tous les patients, alors qu'elles devraient pouvoir se focaliser sur les soins aigus. En effet, pour de nombreuses pathologies, il serait avantageux à la fois pour des questions de coût et d'organisation et pour la qualité de vie des patients que ceux-ci puissent suivre leur traitement à domicile. En tout cas, cette offre hospitalière importante engendre des flux centripètes, qui attirent les patients vers l'hôpital. En effet, une fois captés, ces malades se dirigent rarement vers une sortie rapide et organisée. Les services d'urgence illustrent très bien ce phénomène. Ils accueillent aujourd'hui un mélange d'urgences variées, de soins relevant de la médecine de ville, de « bobologie », et de nombreux cas de souffrance sociale et psychologique très présente. Les conséquences de ce recours excessif à l'hôpital sont financières, puisqu'elles entraînent un surcoût excessif, mais aussi médicales, car l'offre n'est pas toujours adaptée aux besoins.

Si on n'y prend pas garde, l'évolution démographique va renforcer ce phénomène. Les personnes âgées de 60 ans et plus seront près de 24 millions en 2060. Dès 2050, il y aura 4,8 millions de personnes de plus de 85 ans, soit presque 4 fois plus qu'actuellement. Et l'espérance de vie devrait continuer à s'allonger. En 2060, elle devrait être de 86 ans pour les hommes et de 91,1 ans pour les femmes, contre respectivement 78,4 et 84,8 ans actuellement. Même si la majorité des personnes âgées vivent dans de bonnes conditions d'autonomie, le nombre de personnes dépendantes devrait doubler d'ici 2060 pour passer de 1,15 million à 2,3 millions.

Il faut donc soigner différemment, à l'image de la chirurgie ambulatoire qui a réussi, grâce à la politique très incitative de l'assurance-maladie, à faire en sorte que la règle devienne l'ambulatoire pour quelques opérations très répandues, dont la cataracte, et l'exception l'hospitalisation sur plusieurs jours. Les nouvelles modalités ont entraîné une progression très rapide de cette technique opératoire, à la plus grande satisfaction des patients et des soignants.

D'une manière générale, il existe aujourd'hui des modalités organisationnelles relativement simples permettant de maintenir dans le système des soins de ville les patients qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Cette évolution passe par l'apparition de nouvelles formes d'organisation des soins (réseaux de santé thématiques comme le diabète ou l'asthme, organisations de proximité sur un territoire donné), permettant une meilleure prise en charge des maladies chroniques ou de la dépendance des personnes âgées. Soins de support, coordination d'appui, hospitalisations à domicile, ... permettent désormais d'accompagner les patients et leur famille autour du médecin traitant. Professionnels paramédicaux et services à la personne doivent aussi s'organiser dans cette perspective, tout cela visant à une imbrication plus forte entre le médical, le médico-social et le social.

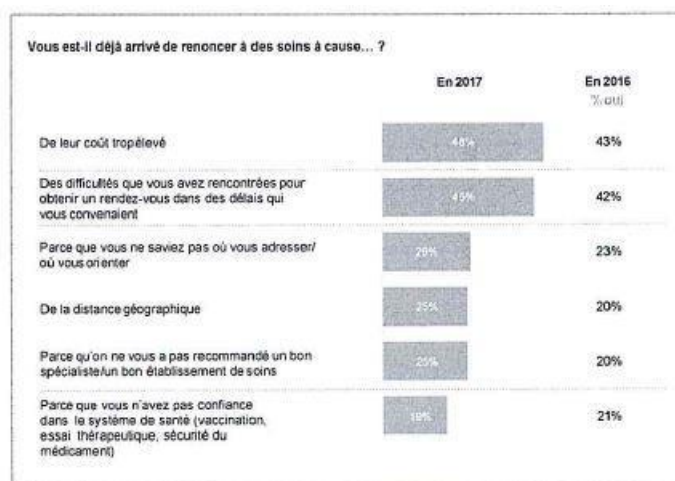
Évidemment, cette évolution des pratiques ne se déroulera pas sans heurts, puisque les corporatismes et les conservatismes sont déjà bien à l'œuvre, et pas seulement dans un pays comme la France. Aux États-Unis, qui comme on l'a vu plus haut, constituent et de loin la nation qui dépense le plus pour la santé, les soins à domicile ne représentent encore que 3 % des dépenses de santé, soit 68 milliards de dollars par an. Même si le marché progresse de 9 % par an, le suivi à domicile ne représente encore qu'une toute petite partie de l'ensemble du marché de la santé. Ce développement modéré s'explique par l'existence d'un nombre significatif d'obstacles financiers et opérationnels : non alignement des organismes fournisseurs et payeurs, nécessité de repenser la proposition de valeur clinique (la proposition de valeur est un groupe de produits ou de services qui crée de la valeur pour le client), et d'imaginer des produits attractifs et facilement utilisables par les patients.

### **C- Qui correspondent à des attentes nouvelles**

Globalement, les attentes des Français en matière de santé vont dans le sens des évolutions que l'on vient de décrire. D'après l'étude santé 2017 réalisée par Opinion Way pour le Cabinet Deloitte (« *Les Français et le système de santé. Un besoin d'évolution du modèle pour renforcer les fondamentaux* »), s'il apparaît que les Français sont globalement satisfaits de leur système de santé (plus de 80 % se déclarent satisfaits de la sécurité des soins et de la qualité de ceux-ci), une inquiétude grandissante se manifeste à la fois dans les conditions d'accès aux soins ainsi que de leur financement. Une preuve empirique de la légitimité de cette inquiétude est fournie par la persistance du renoncement aux soins.



## Les Français et le système de santé global. Une déficience illustrée par une persistance du renoncement aux soins



Source : Etude Santé 2017, Cabinet Deloitte, op.cit.

Pour 48 % des Français, le renoncement s'explique en raison du coût trop élevé, ou de difficultés pour obtenir un rendez-vous dans des délais convenables (45 % des répondants). Dans ces conditions, trois priorités sont identifiées concernant les souhaits d'adaptation du système de santé aux enjeux sociétaux. La première priorité est l'accompagnement des personnes dépendantes, qui au passage était une préoccupation majeure de la dernière campagne présidentielle. Une deuxième priorité est la lutte contre les déserts médicaux, dont 88 % des Français souhaite qu'elle s'opère en contraignant l'implantation géographique des médecins (92 % en commune rurale, mais tout de même 88 % des répondants habitant en région parisienne). La dernière priorité affichée est de retrouver l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale.

Si on laisse de côté la question du financement des dépenses de santé, il est très clair que pour la majorité des Français, l'e-santé est un outil efficace d'amélioration de la santé. Pour 80 % des Français, elle permet d'améliorer la coordination des professionnels de santé. Pour 74 % des Français, elle permet de rester plus longtemps chez soi plutôt que d'entrer en maison de retraite. Pour 73 % des Français, elle permet d'aider à réaliser des aides de prévention ciblées et adaptées aux besoins. Et pour 64 % des Français, l'e-santé est efficace pour lutter contre les déserts médicaux. D'ailleurs, dans cette perspective, les personnes sondées sont prêtes à mettre leurs données de santé à la disposition des professionnels de la santé (77 % pour faciliter le partage de leurs données de santé auprès de l'ensemble des professionnels de santé, et 55 % pour permettre le développement de services de santé de plus en plus personnalisés), même s'il subsiste quelques réticences quant à l'usage des outils numériques.

En tout cas, il ressort de tout ceci que les Français sont de plus en plus favorables aux nouvelles technologies pour améliorer le service médical. Les solutions de télémédecine sont jugées favorables pour faire renouveler une ordonnance pour une personne atteinte d'une affection de longue durée, pour demander de l'information médicale, pour demander éventuellement un second avis médical, pour réaliser un premier diagnostic à distance, ou encore pour effectuer une consultation avec un généraliste ou avec un spécialiste. Dans l'ensemble, ils sont même

favorables à l'utilisation des robots pour améliorer le suivi d'un traitement ou la réalisation d'un acte médical.

## **II- AIR LIQUIDE HEALTHCARE : UN PARTENAIRE CLE DE LA TRANSFORMATION DE LA SANTE**

### **A- L'offre de services**

Historiquement, le parcours d'Air Liquide dans le monde de la santé a commencé avec l'oxygène fourni aux hôpitaux pour la chirurgie et la réanimation. Au fil du temps, le Groupe a enrichi son offre de produits et de services dédiés, afin de mieux répondre aux besoins des patients, des médecins et des établissements.

Aujourd'hui, Air Liquide offre de nombreuses solutions lors de la prise en charge d'épisodes aigus des maladies, principalement en milieu hospitalier. C'est ainsi que l'offre d'Air Liquide se compose de gaz médicaux de qualité pharmaceutique, de services concernant le suivi continu des stocks, de programmes consacrés à la sécurité et à l'efficacité, de formations dédiées aux professionnels de la santé, de l'installation et de l'entretien des systèmes de distribution des gaz et des équipements associés, de solutions de cryoconservation, de gaz de laboratoire, d'équipements médicaux, de produits d'hygiène et de conservation.

Dans ce dernier registre de l'hygiène, la filiale Schülke est un acteur majeur de la désinfection hospitalière, en proposant une large gamme de désinfectants pour les blocs opératoires et la chambre des patients à l'hôpital, ainsi que pour les instruments médicaux et l'hygiène des mains du personnel médical. Schülke fournit aussi des désinfectants cutanés pour l'hygiène préparatoire des patients ainsi que des antiseptiques pour favoriser la cicatrisation.

Par ailleurs, son autre filiale SEPPIC fournit des ingrédients de spécialité, excipients et actifs, destinés aux marchés du cosmétique, de la pharmacie et des vaccins. SEPPIC est maintenant leader sur de nombreuses gammes de produits dans les domaines de la chimie et de la formulation (polymères, tensioactifs et technologies d'émulsion, biologie, immunologie et transformation de produits naturels) et poursuit l'objectif de s'affirmer comme une référence en matière d'ingrédients de spécialité sur les marchés du cosmétique et de la santé.

Mais puisque la santé change et que nous sommes entrés dans l'ère de la maladie chronique, qui se combine au vieillissement de la population et à d'autres phénomènes comme la sédentarité ou encore l'urbanisation, l'action d'Air Liquide a évolué vers un suivi croissant des patients à leur domicile. Le Groupe a ainsi élargi son champ d'intervention à plusieurs pathologies chroniques, qui nécessitent un accompagnement très technique et un suivi régulier.

Les solutions d'Air Liquide concernent ainsi les patients souffrant d'insuffisance respiratoire (apport d'oxygène continu ou temporaire) d'apnée du sommeil (ventilation en pression positive continue), de diabète (solution comprenant notamment une pompe à insuline), ou encore de maladie de Parkinson (dispositif intégrant une pompe à apomorphine (a)).

Dans de nombreux domaines, on peut considérer qu'Air Liquide a été un précurseur en matière de suivi à distance des patients. Par exemple, plus de 200 000 patients souffrant d'apnée du sommeil sont à ce jour télésuivis par l'intermédiaire des équipes d'Air Liquide, en complément de l'accompagnement en présentiel classique.

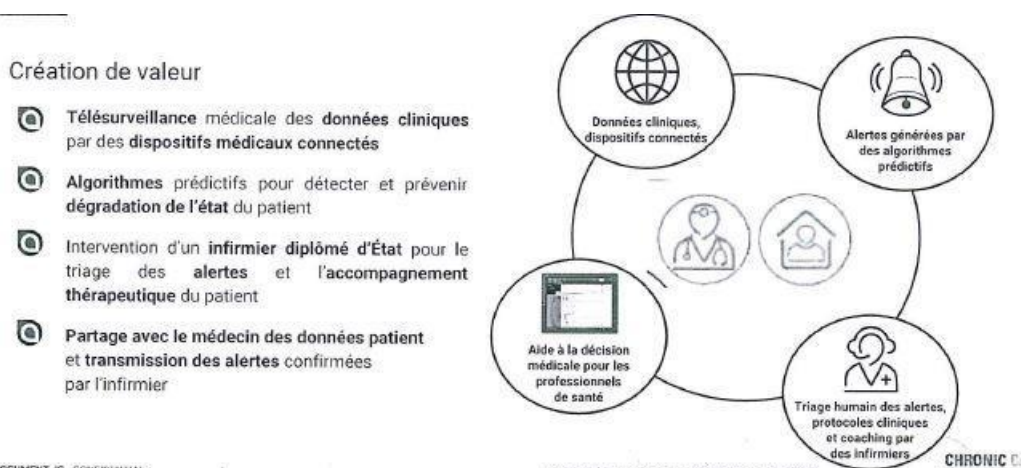
De manière plus générale, l'activité de Santé à domicile d'Air Liquide vient en aide aujourd'hui à 1,6 million de patients répartis dans de nombreux pays du monde, et on peut considérer que cette activité est amenée à se développer à l'avenir, grâce à la maîtrise des technologies digitales qui s'intègrent de plus en plus au parcours de soins.

## **B- Une illustration : le programme de télésurveillance**

La télésurveillance relève d'abord d'une initiative nationale (le programme ETAPES télémédecine) qui s'inscrit dans l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2014 (LFSS) visant à promouvoir l'expérimentation et le déploiement de la télémédecine en France dans 9 régions jusqu'à la fin 2018, prolongé notamment par l'article 51 de la LFSS 2018 qui étend l'expérimentation jusqu'à fin 2021. Les objectifs de ce programme sont de cibler les patients à risques d'hospitalisations récurrents ou de complications à moyen et long terme, de parvenir à un état de stabilité, voire de contribuer à améliorer la qualité de vie des patients. Les pathologies concernées par ETAPES sont l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, le diabète et les prothèses cardiaques implantables.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le programme *Chronic Care Connect* d'Air Liquide Healthcare qui propose aux professionnels et aux établissements de santé des programmes de télé surveillance et d'accompagnement thérapeutique pour l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire et le diabète, avec des objectifs qui recoupent largement les objectifs du programme national : amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des patients, optimisation de la performance organisationnelle des structures hospitalières, contribution au renforcement des parcours de soins, lutte contre la désertification médicale, tout cela s'appuyant bien sûr sur des normes et standards internationaux.

**Le programme Chronic Care Connect associe étroitement l'humain et le digital dans la séquence suivante :**

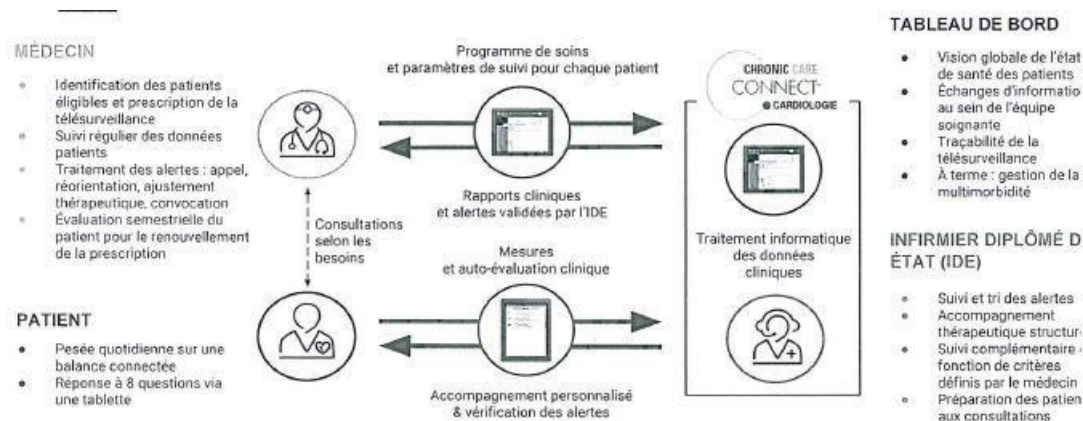


Source: Chronic Care Connect, Air Liquide Healthcare.

Les bénéfices attendus du *Chronic Care Connect* sont nombreux. Ils visent d'abord le patient avec la réduction des risques d'aggravation de son état de santé et de ré-hospitalisation, une formation et un accompagnement individualisé par du personnel infirmier qualifié et disponible, la possibilité d'être véritablement acteur de la gestion de sa maladie et de son traitement, la garantie d'une traçabilité et d'un stockage sécurisé des données cliniques. Ils visent ensuite le médecin par la possibilité d'assurer un suivi à distance des patients entre les consultations, la garantie d'un suivi de qualité et au long cours de ses patients par un centre infirmier qualifié, et une prise en charge plus fluide de chaque patient permettant des consultations plus efficaces. Ils visent enfin le système de santé en général avec la réduction du coût des soins, la garantie d'une offre de soins de qualité partout sur le territoire, et une meilleure gestion de la performance hospitalière (conservation et gestion plus efficiente de la file active des patients).

On peut illustrer ces bénéfices attendus en s'appuyant sur le cas de l'insuffisance cardiaque, qui est un problème de santé publique majeur en France. C'est en effet une maladie fréquente et grave (plus d'un million de personnes insuffisantes cardiaques, première cause de mortalité des plus de 65 ans selon la Fédération Française de Cardiologie), une maladie qui est la première cause d'hospitalisations non programmées (plus de 150 000 hospitalisations par an selon la même Fédération), et une maladie qui représente plus d'un milliard d'euros de dépenses par an pour le régime général de la Sécurité sociale.

**Le programme CCC Cardiologie d’Air Liquide permet d’optimiser la prise en charge post-hospitalisation des patients.**



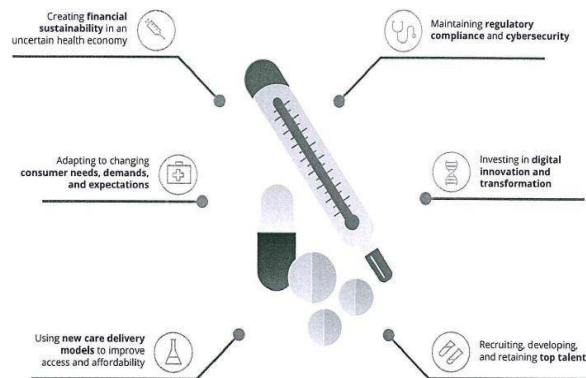
Source : Chronic Care Connect, Air Liquide Healthcare.

Dès maintenant, ce programme a des bénéfices cliniques démontrés. Selon les responsables du dispositif Cordiva (programme similaire au CCC Cardiologie), une étude réalisée en 2016 en Allemagne montre une augmentation de la probabilité de survie de 47 % la première année qui suit la mise en place du dispositif, et de 51 % la deuxième année. Ces résultats montrent aussi une diminution du nombre de ré-hospitalisations de 6 4% au cours de la deuxième année par rapport au groupe contrôle, et aussi une réduction du coût des soins de 1000 à 2000 euros par patient (Source : Herold R, et al., Telemedical Care and Monitoring for Patients with Heart Failure has a positive Effect on Survival, *Health Services Research*, 2017).

## CONCLUSION

Le marché de la prestation de santé à domicile progresse à la faveur des changements politico-réglementaires, du progrès des technologies numériques, de l'évolution de l'offre de soins, et du changement des comportements des patients et des professionnels de la santé. Cette évolution, comme le fait observer le cabinet Deloitte dans son rapport 2019, est très souhaitable car elle constitue la voie pour une meilleure prise en charge des dépenses de santé à un moindre coût.

## Global health care sector issues in 2019



Source : *Rapport Deloitte 2019, op.cit, p 6.*

Néanmoins, le contexte de forte progression des dépenses de santé impacte l'ensemble des acteurs du secteur dont les prestataires de santé à domicile. Selon le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2019 (PLFSS), ce sont 150 millions d'euros d'économies qui sont attendues de la part du secteur pour 2019. Les baisses tarifaires, la rémunération à la performance, imposent aux prestataires d'accélérer leur développement afin de maintenir leur chiffre d'affaires et leur rentabilité. Dès maintenant, la nouvelle nomenclature pour le traitement du sommeil entérinant le télé-suivi des patients sous PPC (appareil à Pression Positive Continue) et la rémunération à la performance des PSAD mise en place en 2018 a permis un développement d'ampleur de la télésanté. Mais l'initiative gouvernementale pour rationaliser les dépenses ne suffira probablement pas. C'est de l'ensemble des acteurs du marché qu'il faut attendre la solution. Dès maintenant, le dynamisme du marché de la santé à domicile attire de nouveaux entrants (par exemple, l'acquisition et le développement d'ASTEN Santé par La Poste) et le secteur privé poursuit sa consolidation. Air Liquide Healthcare, Bastide Le Confort Médical ont ainsi de belles perspectives de développement via l'élargissement de leur champ d'action. Ces stratégies de croissance permettent aux prestataires privés de concurrencer les structures associatives qui jusque-là détenaient des positions quasi-monopolistiques sur ce marché. Le secteur associatif, quant à lui, est en train de transformer son modèle afin d'accélérer son développement et de concurrencer le secteur privé lucratif.

Le virage ambulatoire encouragé par tous les gouvernements depuis 20 ans pour soulager l'hôpital et maîtriser les dépenses de santé est très positif, puisque le coût d'une prise en charge à domicile est inférieur de 30 à 40% à celui d'une prise en charge hospitalière. Il demande maintenant à être prolongé par la création d'un véritable marché concurrentiel encadré par la puissance publique pour le plus grand bénéfice des patients concernés par les soins à domicile.

# ANNEXES

# VOLET PEDAGOGIQUE

## 1-QCM

1. Air Liquide est une entreprise publique spécialisée dans la distribution d'eau.
  - a. Vrai
  - b. Faux
  
2. La santé est un bien :
  - a. inférieur
  - b. normal
  - c. supérieur
  
3. La santé est une dépense prise en charge par :
  - a. La Sécurité sociale
  - b. L'individu
  - c. L'Etat
  
4. Les dépenses de santé ont augmenté sur le long terme en raison de :
  - a. Une hausse de l'offre
  - b. Une hausse de la demande
  
5. Si l'on examine la consommation de soins et de biens médicaux la plus récente,
  - a. Les soins de ville occupent la part la plus importante.

- b. Les soins de ville constituent le premier contributeur à sa croissance.
6. En 2060, les hommes vivront jusqu'à 86 ans.
- a. Vrai
  - b. Faux
7. Le vieillissement de la population est toujours dû à une hausse du nombre de personnes âgées dans la population.
- a. Vrai
  - b. Faux
8. La hausse des dépenses de santé dans les pays développés peut être expliquée par :
- a. Des facteurs démographiques
  - b. Des facteurs économiques
  - c. Des facteurs politiques et sociologiques.
9. Pour mieux soigner les adultes âgés,
- a. Il faut considérer le secteur de la *silver economy* comme un lieu d'innovation en accord avec les besoins
  - b. Il faut consacrer davantage de financement à la santé.
10. Le maintien des patients à domicile a pour objectif :
- a. De réduire les dépenses de santé
  - b. De rendre les dépenses de santé plus efficaces
  - c. De diminuer la fréquentation des maisons de retraite médicalisées
  - d. D'améliorer le traitement et la qualité de vie des patients

## II/ ACTIVITES (DOCUMENTS ET QUESTIONS) :

### Document 1 – La maladie, un risque social

Le recours au terme de « risques sociaux » pour caractériser l'organisation de la protection sociale est aujourd'hui incontournable. Dans sa genèse de l'État Providence, François Ewald (1986) a montré que cette notion est à l'origine de la construction de l'État Providence en France et a largement contribué à légitimer son action. Le droit de la Sécurité sociale y fait explicitement référence pour définir son objet et les définit comme les « risques de toute nature, susceptibles de réduire ou de supprimer la capacité de gain [des travailleurs et de leur famille] » (Art. L. 111-1). Traditionnellement, ces situations prises en charge par la Sécurité sociale sont regroupées en cinq domaines : la maladie, la vieillesse, la famille et le logement, le chômage, et la pauvreté et l'exclusion. (...)



Le risque social est donc celui qui a fait l'objet d'une intervention des pouvoirs publics et qui a été caractérisé comme tel. Ainsi, « par une tautologie nécessaire, est « risque social » ce qui est couvert par la sécurité sociale » (F.Ewald).

Catherine Pollak, « Essai d'approche positive des nouveaux risques sociaux », *Travail et Emploi*, 2011.

1. Quelles sont les particularités des risques dits « sociaux » ?

Le terme de « risque social » désigne un événement (dont la survenue est le plus souvent incertaine ou imprévue) provoquant une diminution du niveau de vie, soit parce que les dépenses augmentent, soit parce que les ressources diminuent. Il est dit « social » car il est pris en charge par la collectivité. Couverts par la PS et définis comme tels. Les risques sociaux peuvent donc être décrits comme un type particulier de risque.

2. En quoi la maladie constitue-t-elle un risque social ?

Pour les actifs, la maladie génère le plus souvent une impossibilité de maintenir son activité professionnelle à temps complet et induit une perte de revenus potentielle. Dans tous les cas, la maladie provoque une augmentation de la consommation de soins, de médicaments... qui est prise en charge par la solidarité collective au travers de la sécurité sociale.

## Document 2 – La vieillesse, une prise en charge en mutation

« Qu'est-ce qui caractérise la vieillesse en France ?

La vieillesse est une construction sociale généralement définie par le statut de retraité. C'est lui qui délimite cette période de la vie et lui donne des contours. Au sein même de la vieillesse, il existe une variété de profils qui tend à s'étirer au fur et à mesure que la vie s'allonge. La perte d'autonomie constitue donc un autre marqueur. En 2016, on comptait en France 12,5 millions de personnes âgées de 65 ans et plus et 6,2 millions de 75 ans et plus, soit respectivement 18,8% et 9,4 % de la population française. (...)

En quoi consiste le système de prise en charge français ?

En France, l'accompagnement – terme que je préfère à « prise en charge » - est avant tout médical. Il repose sur les services hospitaliers et les soins de ville (généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens), qui représentent une masse énorme d'activités. Les plus de 75 ans vivant à domicile, soit 9 personnes sur 10, comptent sur les services de soins infirmiers et d'aide à domicile, ainsi que sur l'aide informelle, souvent assurée par les conjoints ou les enfants. Certains, préférant vivre groupés, choisissent d'intégrer une « résidence autonomie » ou une « résidence services ». Pour les personnes les moins autonomes, l'établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad) constitue une autre forme de prise en charge. (...)

De quel pays la France pourrait-elle s'inspirer pour améliorer notre système d'accompagnement de la vieillesse ?

Le Canada est un exemple particulièrement intéressant pour la France. Son système, moins médicamenteux, repose sur une notion de reconnaissance juridique et sociale autant qu'affective. Plus vous médicalisez une personne âgée, plus vous la catégorisez et plus vite celle-ci va décliner. Paradoxalement, les personnes très intégrées au système de soins vieillissent prématurément et meurent plus rapidement. D'autres pays comme la Suisse et l'Allemagne l'ont déjà compris, et la France commence à proposer des outils intéressants. La loi de janvier 2002 sur les droits des personnes dans les systèmes de soins par exemple, donne la possibilité à toute personne âgée entrant en maison de retraite ou étant prise en charge à domicile de rédiger un « projet personnalisé ». C'est un bon moyen de s'approprier le soin, de s'extraire d'une position de passivité infantilisante, mais les personnes âgées s'en emparent encore trop peu souvent.

Manon Paulic, « En France, l'accompagnement est avant tout médical », Entretien avec Mickaël Blanchet, docteur en géographie sociale, *Le 1*, 3 juillet 2019.

### 1. Que signifie le passage souligné ?

Les notions catégorisantes associées à un âge ou une période de vie comme la jeunesse ou la vieillesse nécessitent généralement de préciser leurs contours car n'obéissent pas à une définition strictement établie. Ici, il apparaît que la vieillesse qui désignait auparavant l'ensemble des individus retraités tend à évoluer vers une plus grande variété de groupes sociaux, en raison de l'allongement de la vie qui génère des situations de dépendance, éloignées du retraité actif souvent désigné « senior ».

### 2. En quoi la vieillesse constitue-t-elle un risque social préoccupant ?

La part croissante des plus de 60 ans dans la population soulève plusieurs interrogations quant à leur accompagnement financier, médical et social : se pose la question de l'accompagnement des plus modestes d'entre eux d'une part, notamment dans les situations où la médicalisation en Ehpad est nécessaire. Vient ensuite l'incontournable réflexion sur le rôle de l'individu dans son propre parcours de soins et le rôle des aidants familiaux. Le maintien à domicile assisté peut permettre d'éviter, jusqu'à un certain stade, le glissement infantilisant évoqué par Mickaël Blanchet.

## Document 3 – L'entreprise, associée à la gestion du risque maladie ?

L'affiche est divisée en deux parties principales. À gauche, sur un fond rouge, il y a une illustration d'un personnage équilibrant un plateau avec divers objets : un gâteau, un ballon de football, une chaussure de sport, un verre d'eau et un fruit. Le texte sur cette partie est : 'TABAC, ALCOOL, ALIMENTATION, SEDENTARITÉ... POUR PRÉVENIR LE DIABÈTE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES VIVEZ ÉQUILIBRÉ'. En bas à gauche, on trouve le logo de la 'Fédération Française des Diabétiques' et le slogan 'DIABÈTE VÉRIFIEZ OÙ VOUS EN ÊTES'. En bas à droite, il y a un encadré qui dit 'TESTEZ-VOUS SUR CONTRELEDIABETE.FR'. À droite de l'affiche, sur un fond bleu, le texte annonce 'Semaine nationale de prévention 7 au 14 juin 2019'. En bas de l'affiche, on voit le logo de la 'SEMNAINE NATIONALE DE PRÉVENTION' et le slogan 'J'AGIS POUR MA SANTÉ'.

Air Liquide Healthcare a pour mission de fournir à ses clients, tout au long du parcours de soins, de l'hôpital au domicile, des produits médicaux, des ingrédients de spécialité santé et des services qui contribuent à protéger les vies vulnérables.



## Prévention

Pour protéger les vies, la prévention est un élément clé de notre activité :

- En fournissant des adjuvants de vaccin, **SEPPIC**, notre marque dédiée aux ingrédients de spécialités santé, contribue à prévenir les maladies infectieuses animales transmissibles à l'homme.
- En fournissant des produits d'hygiène, **Schülke**, notre marque spécialisée, aide à lutter contre les infections nosocomiales et les pandémies.

### 1. A quel principe de gestion collective du risque ces documents font-ils référence ?

La gestion collective du risque peut être caractérisée par la mise en œuvre du principe de précaution. Il s'agit de sensibiliser par des mesures ou des messages destinés à éviter un événement qu'on peut prévoir et dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité.

### 2. Quelle différence peut-on établir entre les deux porteurs du message concernant la prévention des risques ?

Si la politique de prévention est traditionnellement associée à l'action des pouvoirs publics, comme le montre la première affiche destinée à diffuser des conseils diététiques et une amélioration des modes de vie pour les patients atteints de diabète, elle peut être aussi portée par les professionnels de santé, les associations de patients, les mutuelles, les assurances ou encore d'autres entreprises privées dès lors que leur production peut en bénéficier.

Ainsi, le groupe Air Liquide porte une attention particulière à la qualité des composants administrés aux patients ou à l'hygiène dans le système de soins.

## Document 4 – La démarche de l'économiste : l'entreprise, une alliée dans la gestion des dépenses de santé dans un contexte de vieillissement ?

Depuis les années 1950, la part de PIB que la France consacre aux dépenses de soins n'a cessé d'augmenter. Ainsi, la consommation de soins et biens médicaux, qui exclut notamment les soins de longue durée et les indemnités journalières, est passée de 2,6 points de PIB en 1950 à 8,9 points de PIB en 2015. L'allongement de la durée de vie est-il responsable de cette

augmentation ? La réponse semble *a priori* assez évidente, étant donné que les dépenses de santé augmentent avec l'âge (car l'état de santé se dégrade) et que la part des personnes âgées dans la population augmente. Pourtant, dans la littérature consacrée à cette question, il est assez convenu de considérer que les évolutions démographiques ont joué un rôle quantitativement marginal dans l'augmentation des dépenses de santé. Dans une note du 22 avril 2010, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) reprend ce consensus. Il rappelle qu'il existe deux déterminants principaux de la dynamique des dépenses de santé: i) la déformation dans le temps de la « pyramide des âges », que l'on appelle habituellement l'effet du vieillissement de la population, et ii) la déformation dans le temps de la dépense individuelle de santé en fonction de l'âge, *via* une croissance de la pente des dépenses individuelles en fonction de l'âge. Le HCAAM conclut que l'impact mécanique de l'évolution de la pyramide des âges entre 2010 et 2050 ne devrait jouer que pour un dixième de la croissance des dépenses chaque année et que les effets les plus forts sont à attendre du changement des pratiques médicales et du progrès technique dans le domaine de la santé. Ces éléments s'appuient sur les résultats de nombreux travaux économétriques ou de projection. (...)

Le progrès technologique a des effets *a priori* ambigus sur les dépenses de santé, puisqu'il peut être à la source de gains de productivité mais aussi de nouvelles possibilités de traitements, potentiellement coûteux. Difficile à identifier en tant que tel, l'effet du progrès technique peut être mesuré de façon indirecte dans les prix relatifs de la santé. Intuitivement, on s'attendrait à ce que les prix de la santé augmentent plus vite que ceux du reste de l'économie. Ce phénomène, observé notamment aux États-Unis, a fait l'objet de toute une littérature, en particulier autour de la notion devenue classique de « maladie des coûts croissants », introduite initialement par Baumol et Bowen [1966]. Pourtant en France, selon les comptes de la santé, depuis le début des années 1960, les prix de la santé ont évolué légèrement moins vite que le PIB. Cela semble signifier que les gains de productivité sont, dans le secteur de la santé pris dans sa globalité, du même ordre de grandeur que dans le reste de l'économie.

Néanmoins, la mesure du prix de la santé n'est pas chose aisée. L'indice des prix doit en effet correspondre à une évolution à qualité constante. Et de fait, lorsqu'un médicament nouveau arrive sur le marché, en l'absence de prix de référence, on ne peut le prendre en compte pour l'évaluation de l'indice des prix. Il est donc comptabilisé dans l'indice des volumes. La baisse du prix des médicaments est peut-être ainsi surestimée. Du côté de la médecine de ville ou de l'hôpital, une évolution trop faible du tarif des actes peut être partiellement compensée par les professionnels par le codage d'un acte donné dans une catégorie supérieure, ce qui, d'un point de vue statistique, sera également enregistré comme une augmentation des volumes.

Hippolyte d'Albis, Pierre-Yves Cusset, « Déterminants démographiques de l'évolution des dépenses de santé en France », *Revue française d'économie*, 2018.

1. Recherchez sur le site de l'INED la définition exacte du vieillissement démographique.

Cette notion désigne la hausse de la proportion de personnes âgées dans une population, en raison de la diminution de la fécondité et de la mortalité.

2. Que cherchent à identifier les deux économistes dans le premier paragraphe de ce document ?

Comme l'indique le titre de l'article et la question posée explicitement, ces deux chercheurs s'efforcent de vérifier l'importance de l'impact du vieillissement de la population (variable déterminante) en France sur la hausse avérée des dépenses de santé, mesurée ici par la CSBM (variable déterminée).

3. Que découvrent-ils dans le deuxième paragraphe ?

Contrairement aux idées reçues, si le vieillissement de la population entraîne mécaniquement une hausse des dépenses de santé, celle-ci est essentiellement soutenue par une demande croissante de la demande de santé. *A âge égal*, les sociétés actuelles, plus aisées, recourent davantage aux soins médicaux, à la consultation de divers spécialistes et auxiliaires médicaux (orthophonistes par exemple), aux médicaments, etc. en lien avec une offre plus abondante et qualitative favorisée par le progrès technique des entreprises du secteur. Ils tirent leur conclusion de l'examen de différents modèles économétriques qui permettent d'isoler les variables déterminantes.

4. Le progrès technique est-il « bon pour la santé » ? Justifiez et citez des exemples concrets.

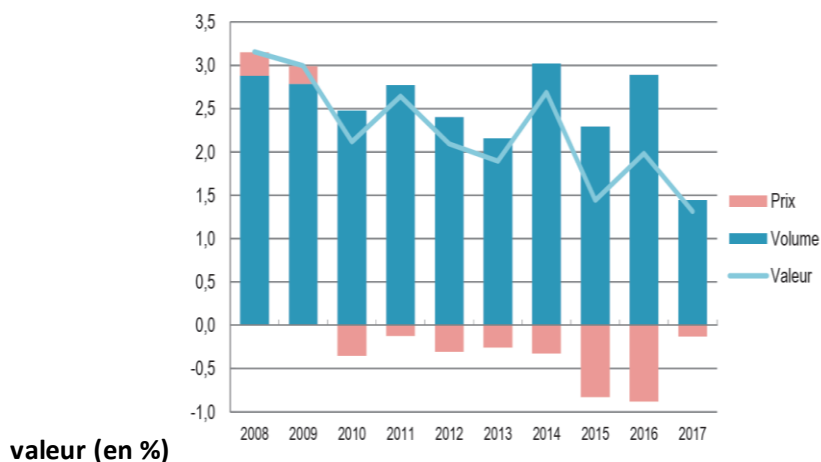
Selon l'ouvrage *The cost disease* de William Baumol publié en 2012, la « maladie des coûts » est la tendance inévitable à la hausse du coût et donc du prix de certains services, notamment dans le domaine de la santé. Le principe est simple : la hausse des salaires de ce secteur, parallèle à la croissance économique, n'est pas compensée par les gains de productivité. Fort logiquement, le poids des dépenses de santé dans le PIB progresse. Nos économistes montrent toutefois que les prix de la santé restent maîtrisés, en raison précisément d'un progrès technique plus marquant. Les exemples sont nombreux : les moyens techniques de diagnostic se sont développés (IRM par exemple) et les solutions d'accompagnement des patients à domicile proposés par le groupe Air Liquide dans le traitement de l'apnée du sommeil ou encore les insuffisances respiratoires se situent dans cette perspective.

Il convient toutefois de préciser que le coût de ces nouvelles modalités de traitement sont actuellement à l'étude.

### III / EXERCICE TYPE BAC : E3C

Première partie : Mobilisation de connaissances et traitement de l'information (10 points)

Document : Partage de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux en



DREES, *Les dépenses de santé en 2017, 2018.*

Questions :

1. Présentez le principe de mutualisation dans la gestion collective des risques. (3 points)
2. À partir des données du document, montrez que la consommation de soins et de biens médicaux en valeur dépend des autres indicateurs présentés. (3 points)
3. En vous appuyant notamment sur les données du graphique, explicitez les facteurs d'évolution la consommation de soins et de biens médicaux. (4 points)

## Seconde partie : Raisonnement appuyé sur un dossier documentaire (10 points)

**Sujet :** À l'aide du dossier documentaire et de vos connaissances, vous montrerez que le partage du risque maladie (le risque maladie s'entend par le fait d'avoir le risque de contracter une maladie) a des effets positifs et négatifs pour l'individu et la société.

### Document 1 :

Les personnes qui bénéficient d'une couverture maladie ont des dépenses de santé plus élevées que les personnes non assurées. Dans le domaine de l'assurance, on parle de « risque moral » lorsque le risque que l'on cherche à assurer est aggravé du fait du comportement des personnes qui se savent couvertes. A partir de cette définition, les économistes de la santé ont répertorié deux catégories de risque moral :

– le risque moral *ex ante* : n'ayant pas à assumer les coûts liés à leur maladie, les assurés adoptent des comportements à risque et font moins de prévention. Cependant, comme la maladie n'a pas que des coûts financiers, mais entraîne aussi des conséquences que l'assurance ne couvre pas (douleur, années de vie perdues, incapacité ...), on considère que l'ampleur de ce phénomène est limitée en santé ;

– le risque moral *ex post* : pour une pathologie donnée, un assuré va dépenser plus qu'un non-assuré. Ceci est *a priori* l'effet recherché par l'assurance. Cependant, certains économistes soutiennent qu'une partie de cette augmentation de la dépense correspond à une mauvaise allocation des ressources collectives. En ce sens, le risque moral peut être jugé néfaste. (...)

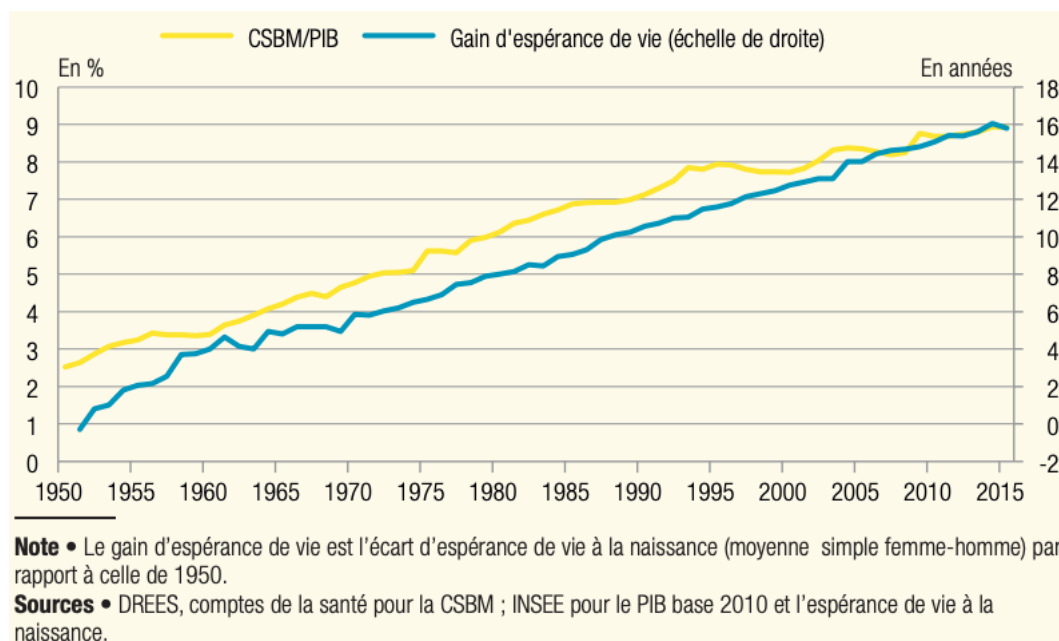
Le cas le plus simple est celui d'un assuré, qui, parce qu'il ne paie pas l'intégralité de la dépense, va consommer des soins d'un prix plus élevé mais à qualité égale. On se rapproche ici de l'acception traditionnelle du terme « risque moral » en assurance : à cause du manque de transparence du marché, l'assureur ne va pas être en mesure (à un coût raisonnable) de vérifier si l'assuré a fait l'effort nécessaire pour trouver le producteur de soins qui proposait les meilleurs prix.

A titre d'exemple, une personne dont le contrat d'assurance complémentaire couvre les dépassements et qui a besoin d'une prescription de simples lunettes ne va pas avoir d'incitation particulière à téléphoner à tous les ophtalmologues de son quartier pour chercher lequel (...) propose le dépassement le moins élevé.

David Bardey, Agnès Couffinal, Michel Grignon, « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé », CREDES, juin 2002.

**Document 2 :**

**Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB (en %) et gain en espérance de vie (en années)**



Hélène Soual, « Les dépenses de santé depuis 1950 », *Études et résultats*, DREES, juillet 2017.



## IV/ LEXIQUE :

- Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés dans la dépense courante de santé.
- Dépense courante de santé : outil de comparaison internationale, elle désigne l'ensemble des sommes dépensées au cours d'une année au titre de la santé constitue la dépense courante de santé. Elle comprend les dépenses courantes effectuées par tous les financeurs du système : la Sécurité sociale, l'État et les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et les ménages. Elle va donc au-delà de la CSBM qui en constitue les trois-quarts. Il faut ajouter les indemnités journalières en cas d'arrêt-maladie, les soins de longue durée, etc.
- Soins de ville : distincts des soins hospitaliers, ils désignent les soins réalisés en cabinets libéraux et en dispensaires, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires et les soins réalisés en cures thermales.

# CORRIGES :

## 1) QCM

1 : b. Air liquide est un groupe français privé, détenu par des actionnaires et coté en Bourse. Il est spécialisé dans la production de gaz industriels. Le groupe est divisé en quatre branches dont la santé occupe une part importante. Il réalise au total un chiffre d'affaires de 3,5 M € et n'a pas de mission de service public spécifiquement identifiée.

2 : La santé est rangée dans les biens supérieurs : l'élasticité de la demande au revenu est supérieure à 1. La demande de soins croît plus rapidement que le revenu.

3 : a, b et c. La consommation de soins et biens médicaux est financée aux deux-tiers par le système de sécurité sociale, l'Etat en France, au travers des impôts, finance la couverture maladie universelle. Quant aux ménages, ils conservent un « reste à charge » de moins de 10 % du total en moyenne, certains médicaments n'étant pas pris en charge par exemple.

4 : a,b. La croissance des dépenses de santé s'explique par une hausse de la demande : la santé s'inscrit dans les biens supérieurs et augmente plus rapidement que le revenu, demande rendue solvable par la généralisation de la sécurité sociale. En outre, l'offre de soins s'est développée après la seconde guerre mondiale avec un développement de l'équipement hospitalier et une densification des personnels médicaux et paramédicaux.

5 : b. Les soins de ville occupent environ 27 % de la CSBM en 2017, contre 47 % pour les soins hospitaliers notamment mais la croissance des premiers est restée élevée (+ 2,5 % de hausse des dépenses en 2017).

6 : a et b. Il s'agit de l'espérance de vie à la naissance ou âge 0 : elle représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge (ou durée de survie moyenne à l'âge), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée. Ainsi, un homme né en 2060 pourra espérer vivre 86 ans si l'on tient compte des conditions de mortalité de cette année.

7 : b. Le vieillissement démographique s'entend en part relative : il est effectivement causé par l'arrivée à des âges élevés des générations du *baby-boom* en France. Cette tendance doit être cependant associée à un affaiblissement de la fécondité qui accroît leur part dans le total de la population.

8 : a, b et c. Facteurs démographiques : vieillissement de la population et hausse de l'espérance de vie ; facteurs économiques : la hausse du PIB entraîne mécaniquement une augmentation de la demande (y compris de soins de santé) ; le progrès technique dans ce domaine augmente l'offre de traitements ; facteurs politiques et sociologiques : depuis le début des années 2000, la norme du « bien vieillir » s'est installée dans notre société à la faveur d'actions des pouvoirs publics qui visent à séparer le vieillissement de l'aspect négatif de la dépendance. L'individu vieillissant devient responsable d'une adaptation de son mode de vie aux avancées de l'âge (prévention, activités physiques, consommation alimentaire ...).

9 : a. Les dépenses consacrées à la santé ne garantissent pas une meilleure qualité des soins, comme l'illustre le cas des États-Unis. En revanche, les sociétés parviendront à s'engager dans la mutation associée au vieillissement si elles la considèrent davantage comme une opportunité économique plutôt qu'une charge. Les outils numériques peuvent contribuer à maintenir le lien social et le bien-être des adultes âgés.

10 : b, d. Le maintien de personnes malades chez elles a un coût : il implique la mobilisation d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...), la mise en œuvre d'un service de télésurveillance pour les malades dépendants, ... Mais l'adaptation du système de soins à la population transitera en partie par ce que l'on appelle parfois l'HAD (hospitalisation à domicile) où le patient est entouré d'une équipe familiale, évitant pour les plus âgés, une entrée précoce en EHPAD. Cette solution semble plébiscitée par les Français.

## **CORRECTION DE L'E3C :**

Partie 1 :

Q1) La mutualisation consiste à regrouper un grand nombre de risques indépendants et aléatoires à l'intérieur d'une structure commune. En appliquant le principe de la loi des grands nombres, l'assurance mutuelle contre ces risques est possible car l'indemnité moyenne par assuré (qui est aléatoire) est en fait presque constante et donc prévisible. Extrêmement dommageable à l'échelle individuelle, le risque devient modique lorsqu'il est géré par une collectivité (ex : accident de la route).

Q2) La CSBM a augmenté de 3 % en 2008 en raison de la hausse des prix de 0,2 % et de la hausse de la quantité consommée de 2,8 %. De la même manière, en 2017, la CSBM affiche une augmentation de 1,3 % : il s'agit du cumul de la hausse de la quantité de CSBM en volume de 1,4 % et de la baisse des prix de ce secteur de 0,1%.

Q3) Malgré le vieillissement de la population, la CSBM a tendance à ralentir sa progression, notamment en volume : la croissante de la quantité de SBM a été divisée par deux entre 2008 et 2017 (réduction du nombre d'hospitalisations, de la consommation de médicaments). Cette tendance a été accompagnée d'une diminution des prix depuis la décennie 2010 (baisse des prix des soins de ville remboursés). Associé aux gains de productivité, le contrôle effectué par les pouvoirs publics, sur les tarifs notamment, permet de contenir la progression de ces biens et services.

Partie 2 :

- Le terme de « risque social » désigne un événement (dont la survenue est le plus souvent incertaine ou imprévue) provoquant une diminution du niveau de vie, soit parce que les dépenses augmentent, soit parce que les ressources diminuent. Il est dit « social » car il est pris en charge par la collectivité.

Le partage du risque social, ici précisément identifié comme le risque maladie, peut être associé aux modalités collectives de son financement. Couverte par la protection sociale, appuyée

sur la Sécurité sociale, la perte de ressources et de bien-être due à la dégradation de l'état de santé d'un individu peut être gérée par une logique d'assurance (cotisations/prestations) ou encore d'assistance (allocation personnalisée d'autonomie par exemple). Interviennent également les sociétés d'assurance et les mutuelles qui appliquent un principe de mutualisation afin de limiter les pertes de revenus de leurs assurés ou membres. La famille, au travers des ménages, contribue également au financement (reste à charge). Plus largement, on peut envisager d'intégrer diverses entreprises privées qui contribuent au partage du risque maladie en fournissant aux pouvoirs publics des solutions de traitement ou d'accompagnement des patients plus efficaces et potentiellement moins coûteux sur le moyen terme.

- Le partage du risque maladie a donc des effets positifs :
  - En collectivisant son financement, il ouvre la possibilité de conduire des innovations dans les produits proposés. Le maintien à domicile des personnes âgées, s'il s'appuie sur une demande solvable, constitue un horizon stratégique tant pour la collectivité, en limitant le coût de l'hospitalisation, que pour les entreprises spécialisées du secteur.
  - Il permet également un meilleur état de santé de l'ensemble de la population, qui assurée, consomme plus de biens et services médicaux : l'individu n'est pas en capacité de mesurer le coût des soins en raison de l'absence de prix et y renonce donc moins (doc 1). Une illustration en est donnée avec le document 2 qui montre une corrélation positive très nette entre la part de la CSBM dans le PIB et le gain en espérance de vie : si ce gain ralentit depuis 2007, il demeure proportionnel. Lorsque la CSBM représente 9 % du PIB en 2015, l'individu gagne en moyenne 16 ans d'espérance de vie par rapport à 1950 ; c'est 10 ans de gagné pour une part de 5 % de CSBM dans le PIB, en 1980.
  - Les théoriciens du capital humain ont montré depuis longtemps que l'amélioration de la santé d'une population participe du bien-être et de la productivité d'une économie, donc de la croissance.
  
- Le partage du risque maladie a cependant également des effets négatifs :
  - Le secteur de la santé est soumis aux imperfections de marché : en raison de la sélection adverse, il implique une protection sociale collective. Ceux qui s'assurent sont aussi ceux qui ont le plus de risques d'être malades. Cela peut impliquer le refus d'assurer les personnes ayant le plus de risques d'être malades. Ainsi, la couverture maladie obligatoire, publique notamment pour les plus fragiles du point de vue de la santé ou du point de vue financier (exemples: ALD et CMU en France) est nécessaire.
  - L'aléa moral est explicité au document 2 : d'une part, *ex ante*, le patient couvert peut avoir tendance à prendre davantage de risques mais surtout *ex post*, d'autre part, l'absence de lien entre coût et prix des biens et services médicaux peut pousser à la surconsommation médicale, de la part du patient voire du praticien.

- Si ces imperfections ne sont pas parées, le coût pour la collectivité est élevé d'où les incitations pécuniaires liées aux prescriptions, le déremboursement de certains médicaments, les médicaments génériques ou encore le renforcement de l'implication du patient dans son propre parcours de santé.

**Contact :**

Béatrice Couairon,

Directrice du Programme Enseignants-Entreprises

Mail : [beatrice.couairon@idep.net](mailto:beatrice.couairon@idep.net)



**PROGRAMME  
ENSEIGNANTS-  
ENTREPRISES**